

## **ПЕРЕНОСИМОСТЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАГРУЗКИ У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Губич Т.С., Суджаева С.Г., Вайханская Т.Г., Суджаева О.А.,  
Казаева Н.А.**

*ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,  
Беларусь*

Эндотелиальная дисфункция играет ключевую роль в патогенезе различных патологических состояний, в том числе атеросклероза (1). В последние десятилетия прочно утвердился термин – мультифокальный атеросклероз. Частота поражения различных сосудистых бассейнов, в том числе церебрального и коронарного русла, достаточно велика (1).

Согласно данным литературы среди пациентов с симптомами цереброваскулярной недостаточности атеросклеротическое поражение коронарных артерий отмечается у 40-60% (2). Многие исследователи считают наличие атеросклеротической бляшки в области бифуркации сонной артерии у больных с цереброваскулярной патологией очень ценным косвенным признаком, указывающим на высокую вероятность наличия коронарного атеросклероза (3).

С учетом вышеизложенного представляет интерес оценка переносимости информационной нагрузки с изучением центральной гемодинамики и ЭКГ, позволяющая выявить психогенную ишемию миокарда и охарактеризовать механизмы ее формирования у пациентов с хронической церебро-васкулярной недостаточностью (4).

**Материалы и методы.** В исследование включено 34 пациента с наличием атеросклеротического поражения и/или патологической извитости брахиоцефальных артерий (БЦА). Среди них 11 (32,4%) женщин и 23 (76,6%) - мужчины. Средний возраст больных -  $57,7 \pm 1,2$  лет. Оценка поражения БЦА проводилась по данным доплерографического ультразвукового исследования и/или рентгенконтрастной церебральной ангиографии. Стенозирующий атеросклероз (50% и более) БЦА выявлен у 27 (79,1%) пациентов, патологическая извитость отмечена у 5 (14,7%) больных, из них у 3 (8,8%) пациентов гемодинамически значимое поражение БЦА сочеталось с патологической извитостью, у двоих пациентов гемодинамически значимых стенозов не выявлено. Сопутствующая артериальная гипертензия выявлена у 24 (70,5%) больных, сахарный диабет – у 4 (11,7%), хроническая ишемическая болезнь сердца (ХИБС) у 2 (5,8%), 13 (38,8%) больных указали на перенесенное нарушение мозгового кровообращения.

Для оценки переносимости психоэмоциональной нагрузки пациентам выполнялась информационная проба (ИП). Тест с психоэмоциональной нагрузкой с непрерывным контролем ЭКГ-12 и реограммы грудной клетки проводилась по методике, разработанной в лаборатории реабилитации больных инфарктом миокарда БелНИИ кардиологии (4).

Пациенты обследовались исходно (I тест) и через 6 месяцев (II тест). Медикаментозное лечение осуществлялось неврологами лечебно-профилактических учреждений по месту жительства.

**Результаты обследования.** В исходном состоянии тест с психоэмоциональной нагрузкой из 34 больных был выполнен у 30. Двое пациентов не смогли выполнить исследование из-за наличия выраженных экстрапирамидных нарушений после перенесенного инсульта, еще двое – из-за высокого артериального давления (200/110 мм рт.ст.). Через 6 месяцев ИП проведена у 12 больных.

При анализе данных, полученных в ходе выполнения ИП установлено, что признаки ишемии миокарда во время I-го тестирования отмечались у 6-ти (20%) больных, а при обследовании через 6 месяцев у 5 (60%) пациентов ( $p < 0,05$ ).

При оценке механизмов формирования ишемии миокарда в условиях ИП установлено, что во время I теста у 5 (83%) больных психогенная ишемия миокарда развилась в результате ангиоспазма и у одного пациента – на фоне повышения потребности миокарда в кислороде. Обращает на себя внимание тот факт, что при контрольном тестировании через 6 месяцев психогенная ишемия миокарда выявлена у 5 (60%) из 12 пациентов, т.е. достоверно чаще, чем при I тесте. Ишемия миокарда, развившаяся на фоне повышения потребности миокарда в кислороде, выявлена у 2 пациентов, а психогенная ишемия миокарда вазоспастического генеза – у 3 (60%) больных. Следует подчеркнуть, что среди анализируемых больных лишь у 1-й пациентки был ранее установлен диагноз ХИБС с приступами стенокардии в анамнезе. Следовательно, у остальных больных имела место безболевая психогенная ишемия миокарда.

Выявленный рост частоты развития психогенной ишемии миокарда во время выполнения II-го контрольного обследования можно объяснить следующим. Наблюдение пациентов, включенных в исследование, осуществлялось в лечебно-профилактических учреждениях неврологами, которыми не проводился диагностический поиск по выявлению нарушения коронарного кровотока у данной категории больных, а, следовательно, и не проводилось целенаправленное профилактическое лечение прогрессирующего коронарного атеросклероза.

Таким образом, у 60% обследованных больных с хронической цереброваскулярной недостаточностью поражение брахиоцефальных

сосудов сочеталось с нарушением коронарного кровотока, выявляемого в условиях ИП. Принимая во внимание данный факт, целесообразно рекомендовать обязательное комплексное обследование больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения, направленное на выявление ХИБС, что в свою очередь позволит выработать показания к тактике лечения (в частности, использование одномоментной или последовательной хирургической реваскуляризации головного мозга и миокарда) у данной категории больных.

Литература:

1. S.H.Monnink, R.A. Tio, A.J.van Boven et al. The role of coronary endothelial function testing in patients suspected for angina pectoris// Intern/ Joournal of Cardiology. – 2004. – 96. – P. 123 – 129.
2. Бокерия Л.А., Бухарин В.А., Работников В.С. Хирургическое лечение больных ишемической болезнью сердца с поражением брахиоцефальных артерий. – М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 1999.
3. Вачев А.Н. Принципы организации лечения пациентов с ишемическими поражениями головного мозга // Ангиология и сосудистая хирургия том 9 N 4/ 2003 – С. 21-23.
4. Суджаева С.Г. Диагностическое значение пробы с психоэмоциональным напряжением для оценки состояния коронарного кровотока и сократительных резервов миокарда у больных ишемической болезнью сердца // Автореф. дис... канд. мед. наук: 14. 00. 06 – Минск, 1986. – 23 с.

## **ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ**

**Егорова Н.В.<sup>1</sup>, Лазюк Д.Г.<sup>2</sup>, Карпова И.С.<sup>2</sup>, Гуревич Г.Л.<sup>1</sup>,  
Лаптева И.М.<sup>1</sup>**

*«НИИ пульмонологии и фтизиатрии»<sup>1</sup>,  
ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»<sup>2</sup>,  
Беларусь*

Одним из механизмов формирования сердечной недостаточности является стойкое повышение давления в системе малого круга. Среди экстракардиальных факторов, способствующих развитию устойчивого повышения давления в системе малого круга, на первом месте стоят заболевания органов дыхания. Это достаточно разнородная группа заболеваний с различными механизмами влияния на формирование устойчивой легочной гипертензии: интраальвеолярные заболевания - идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА), экзогенный фиброзирующий альвеолит (ЭАА), экстраальвеолярные заболевания – саркоидоз, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). В